TRANSFERRED TO
HARVARD MEDICAL LIBRARY
HARVARD COLLEGE
NOV 13 1933

The Publishers
Med. Sch.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS
DEL HOSPITAL GENERAL

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC H
LIBRARY
22 NOV1933

A

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

JEFES DE SERVICIO

Gregorio Salas.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Alfonso Ortiz Tirado.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Chávez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.
Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Luis G. Campos.
Mariano G. Somonte.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.

INTERNOS

Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Barroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Octavio Bandala.

ADJUNTOS

José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel A. Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
Clemente Carrillo y Cárdenas
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.
Juan Farril.
Rigoberto Aguilar.
Ricardo Tapia.
Carlos Véjar L.
Angel G. de Quevedo.
Alejandro Betancourt.
Alberto Guevara Rojas.

Agosto de 1933

Año VII

No. 48

FARMAMEX

PRODUCTOS FARMACEUTICOS, S.A.

Luis Moya Núm. 24 Apartado 1257

MEXICO, D. F.

EUPAVERINA
MERCK
EL NUEVO ESPASMOLITICO, PREPARADO
SINTETICO, DE ACCION ANALOGA
A LA DE LA PAPAVERINA
PERO MAS EFICAZ
Y MENOS
TOXICO
AMPOLLETAS
TABLETAS
E. MERCK DARMSTADT
E. MERCK DARMSTADT
Merck-México, S. A.
Apartado 2669 México, D. F.
EUPAVERINA M.R.
Nº 8320 D S P

PARA LA DISENTERIA AMIBIANA

y otras enfermedades intestinales infecciosas

YATREN 105 M. R.

el medicamento específico de reconocida acción segura.

Envases originales: Tubos de 10 y frascos de 25, 50 y 100 píldoras. Frascos de 10 y 25 g

Además en combinación con Yatrén 105 o sólo

RIVANOLETAS M. R.

especialmente en las formas agudas, de acción calmante y anestésica sobre el intestino.

Envases originales: Frascos de 30 cápsulas de 0,025 g para adultos y cajitas de 30 cápsulas de 0,008 g para niños.

BAYER M R ML&B

Rgdo. No 11263, 7317, 5497, 11405 y 11798 D. S. P.
Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

LA QUIMICA INDUSTRIAL Bayer-Meister Lucius

WESKOTT & CIA.

San Juan de Letrán 24 **Apdo. 45 bis.**

MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

APARTADO 85.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

Pág.

¿Cuál es la Conducta Adecuada Después del Alumbramiento? Por el Sr. Dr. Luis G. Campos 1675

Relación de las Cisuras Pulmonares con la Pared del Tórax. Por el Dr. Emilio Longoria 1679

Lesiones Aórticas. Por el Dr. Enrique Villela 1683

Operaciones Toracoplásticas. Por el Dr. George Straub. —Tradocción del Dr. Fernando Rueda Magro 1689

Presentación del nuevo

Electrocardiógrafo Victor

con las siguientes innovaciones

Dispositivo Cronométrico

•

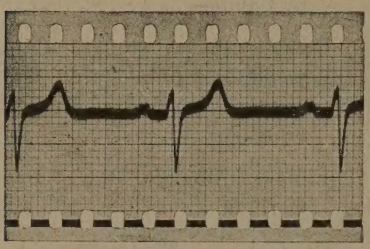
Marcador Automático de la Derivación

•

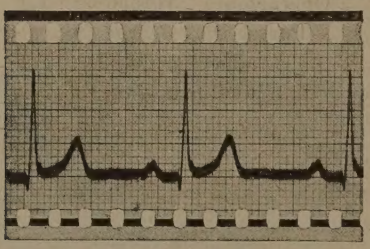
Líneas para la Medición del Tiempo y de la Escala Sobrepuestas en la Gráfica

•

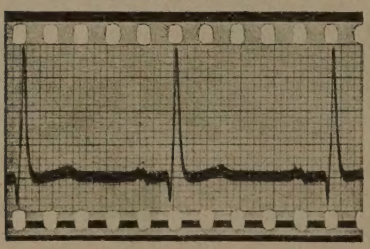
Permite el Uso de Película o Papel Cardiográfico



1



2



3

PARA aquellos profesionales que están familiarizados con el Electrocardiógrafo Victor el anuncio de un nuevo modelo, con estas nuevas características, tiene una verdadera significación. Las notables ventajas traídas a la cardiología hace ocho años con el advenimiento de este instrumento Victor, son ahora suplementadas por unas facilidades que, según hemos observado con la experiencia, se encuentran en gran demanda. Estas facilidades han sido incorporadas sin apartarnos de la simplicidad de operación, uniformidad de resultados y solidez de construcción que han caracterizado al Electrocardiógrafo Victor desde su principio.

El nuevo dispositivo cronométrico que ha sido incorporado a este instrumento es de tal diseño que, debido a su simplicidad práctica, asegura una exactitud consistente y libre de atención. Este mecanismo funciona completamente independiente del movimiento de la película. El alto grado de exactitud es debido a la adopción de ciertos principios importantes aplicados en los más finos instrumentos astronómicos.

Aquí se presenta una innovación en marcadores de las gráficas del paciente, toda vez que esto ocurre automáticamente cuando se efectúa la regulación del selector de gráficas. Estas marcas de identificación son continuas a lo largo de la película, de modo que la más pequeña porción que se retire del instrumento retiene permanentemente su medio de identificación. Véase la ilustración.

Los constructores han hecho los arreglos convenientes por medio de los cuales estas mismas facilidades puedan ser inmediatamente adaptadas a cualquiera de los Electrocardiógrafos Victor del modelo original y en uso actual. *Tenga la bondad de solicitar informes.*

Estas fotografías sin retocar sirven para indicar el sistema de marcas para las gráficas del paciente. Obsérvese en la gráfica **1**, *la línea entrecortada que aparece en el borde inferior: en la gráfica* **2**, *aparece una línea sólida adicional a lo largo del borde superior, y en la gráfica* **3**, *aparece una segunda línea sólida a lo largo del borde inferior. La película está en posición correcta para ser interpretada cuando la línea entrecortada aparece en el borde inferior. Esta regla tan sencilla elimina toda duda.*

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

¿Cual es la Conducta Adecuada Después del Alumbramiento?

Por el Dr. Luis G. Campos

(Trabajo leído por su autor en la Academia Mexicana de Cirujía).

CUANDO salidos de la Facultad de Medicina, recién recibidos, comenzamos a vigilar o atender trabajos de parto en la clientela, nos encontramos perplejos por la conducta que debamos seguir en los casos dudosos de alumbramiento expontáneo; porque tras de una aparente integridad de las membranas y la placenta, se encuentran pequeños datos que inclinan a la duda, de si existen o no, restos de secundinas en la cavidad uterina; duda que se presenta o bien por la forma de evacuación de las membranas, o porque tras de un parto completamente normal, observamos, ya sea una matriz que no se contrae persistentemente, formando un globo que deja de ser de seguridad, porque se afloja y se forma de nuevo, dando salida en ocasiones a cantidad no siempre despreciable de sangre, a pesar del uso de los ocitósicos conocidos como más eficaces, tales como los derivados de la hipófisis, del cornezuelo de centeno y la estricnina, o estamos casi seguros de la existencia de membranas, que, según se nos decía entonces, saldrían fácilmente después, acompañando a los loquios, sin ninguna consecuencia molesta, ni peligro alguno para la paciente.

Pero la evacuación de tales rectos de membranas o placenta, no siempre se efectúa de modo tan beningno entodos los casos, y el temible fantasma de la fiebre puerperal, se nos presenta en todas estas pacientes, ya sea en forma benigna de una endometritis pasajera, ya en forma flebitis, ó en las terribles y casi siempre funestas de peritonitis, salpingoovaritis, septicemia o piohemia puerperal.

Después, la práctica diaria en hospitales, y la misma clientela más o menos numerosa, con intervenciones a veces muy serias y traumatizantes, versiones, forceps, evacuaciones de placenta retenidas, etc., seguidas de evoluciones completamente normales o con ligeras reacciones febriles, nos demuestran que la introducción de la mano en la cavidad uterina, no es tan peligrosa como nos la pintaron nuestros profesores de los cursos de teoría y clínica de obstetricia; que muchos casos han tenido una secuela feliz, precisamente porque apartándonos de la vieja rutina, nos hemos decidido a no permanecer expectantes, esperando el desarrollo de una infección que presenta una gravedad y mortalidad verdaderamente pavorosas, originada en la mayoría de los casos, de una falta de atención y de resolución en la persona que vigila el parto; y que cohibido por las viejas teorías y enseñanzas, no se resuelve a intervenir, explorando y extrayendo restos ovulares, que van a dar origen al nacimiento de la más mortífera de las enfermedades de las señoras la infección puerperal.

Por eso al establecer nuestra Clínica de Obstetricia, pronto va a ser tres años, decidimos apartarnos valientemente de la vieja escuela abstencionista y expectante; aquélla que decía que la mano del partero debía regirse por una calca del viejo adagio de los caballeros de antaño, modificado, y que decía, refiriéndose a la exploración uterina por dicha mano: "ni me metas sin motivo, ni me saques sin honor".

Claro está que hoy como ayer, pensamos que la exploración o revisión uterina postpartum, no debe hacerse sin motivo alguno, pero al menor asomo de duda, debe hacerse

confiadamente; naturalmente que con todas las condiciones de asepsia tomadas.

Para emitir las conclusiones anotadas en este trabajo, nos apoyamos en una pequeña estadística: la tenida por nosotros en nuestra clínica desde su fundación, el 1o. de octubre de 1930, hasta el 30 de junio de 1933 y abarca todos los casos de atención nuestra que suman 214; de éstos, en 119 casos se ha hecho la revisión uterina y en 95 no se ha hecho exploración alguna.

Nuestra norma ha sido la siguiente:

1o.—En todos los casos de intervención quirúrgica: forceps, versión, parto manual, etc., se ha practicado la revisión uterina.

2o.—En aquellos casos en que después de un parto aparentemente normal se producen ligeras pérdidas sanguíneas.

3o.—En casos de hemorragia secundaria a pesar de aparente integridad de secundinas.

4o.—En todos los casos la evacuación francamente incompleta de membranas o cotiledones.

5o.—En los casos de hemorragia secundaría tardía, 30 minutos a seis horas después del alumbramiento.

6o.—En todos los casos de alumbramiento acompañado de hemorragias más o menos profusas.

La comparación de las curvas térmicas de uno y otro grupo, nos revela:

1o.—La morbilidad es sensiblemente comparable en ambos grupos, es decir, no existe en ninguno de ellos mortalidad, ni infecciones puerperales de consideración.

2o.—La mortalidad es nula no importa la intervención, ni las condiciones en que se haya hecho dicha intervención.

3o.—Se han presentado casos de necesaria revisión tardía precisamente originados por una falta de decisión a revisar la matriz inmediatamente después del parto en cuatro ocasiones, revisiones que aportaron cotiledones en estos cuatro casos que fueron de hemorragia secundaria.

4o.—Ha habido ligeras infecciones secundarias de evolución no mayor de dos o tres días en cuatro ocasiones.

5o.—Se ha presentado un caso de infección puerperal larga; a este sujeto se le había hecho una revisión uterina después de aplicación muy alta de forceps, seguida de sutura de desgarro del segmento inferior y colpoperineorrafia por desgarro perineal de segundo grado.

En este caso, la infección no tuvo marcha grave y la paciente pudo continuar amamantando a su hijo.

Por otra parte, dos hechos recientemente acaecidos: uno, a un Interno primero y al Jefe del Servicio duespués, que dejaron inadvertida una rotura uterina en una enferma del servicio de maternidad del Hospital General, y a los pocos días un profesor de la Facultad, también dejó inadvertida un desgarro de matriz después de una aplicación de forceps, por la falta de revisión de la cavidad que en estos casos debe hacerse sisttemáticamente.

Una vez asentados los anteriores preámbulos, veamos que la literatura extranjera comienza a ocuparse en la actualidad de lo mismo, orientada precisamente en igual sentido de la exploración post-partum de todos los casos dudosos y por alguno de ellos Georghieu sistemáticamente.

Así vemos que Keller y Bohler indican en su artículo aparecido en el número de mayo del corriente año de la revista Ginecología y Obstetricia, que ellos, a partir de la segunda mitad del año de 1931, se han decidido por esta conducta. Citan en su apoyo la esdística de 13.793 partos habidos en su servicio del 1o. de enero de 1932 al 15 de julio de 1931 en la que sólo se efectuaron 88 revisiones uterinas y quedaron 18 retensiones placentarias desconocidas y cuatro casos dudosos.

Estos casos fueron operados por raspa uterina tardíamente, con el resultado siguiente:

4 Curaron sin fiebre.
8 Con fiebre franca, dos de ellos con cepticemia ligera.
2 Con endometritis.
1 Con anexitis bilateral.
1 Con flebitis bilateral.
1 Con flebitis bilateral, embolias pulmonares y neumonía.
1 Con septicemia.
1 Con piohemia.
1 Con piohemia fulminante seguida de his-

terectomía tardía, con muerte de la paciente.

Esta estadística es muy favorable y se refiere a casos hospitalizados y donde se cuenta con todo lo necesario para la asepsia y pronta intervención en caso necesario; pero si en lugar de ser esa magnífica estadística francesa nos dirigimos a nuestro medio, al pabellón 30 del Hospital General, veremos con espanto que de cada tres retenciones placentarias post-partum, lo menos una muere, ya sea de peritonitis, anexitis, piohemia o septicemia o con complicaciones pulmonares del mismo origen. Es necesario aclarar que todos estos casos llegan en las pacientes atendidas en la ciudad y que a la fecha, la mortalidad de nuestro servicio es nula en estos casos, de que estamos encargados del pabellón, no obstante las malas condiciones en que gran número de estas pacientes ingresan.

El doctor Julián González Méndez en reciente artículo, relata su experiencia sobre fiebre puerperal y si hemos de creer lo que sobre ésto se ha dicho, gran parte de estos casos son originados por restos ovulares pasados inadvertidos y que son los que dan principio a la infección y por lo tanto, mi tesis de casi sistemática exploración uterina, viene a resolver un importante problema de prevención de la fiebre puerperal, cada vez más necesaria, dada su extraordinaria mortalidad y nuestra incapacidad actual para encontrar un tratamiento eficaz en estos casos. Sobre todo, se evita una posible mutilación ulterior y un seguro fracaso que sobreviene más tarde o más temprano.

Según los mismos autores antes citados, los trabajos de Gaorghiu sobre 6,000 partos con 6,000 revisiones con una morbilidad de tres a cuatro por ciento y una mortalidad nula, dan amplio margen para tomar muy en serio estas consideraciones que anteceden.

En resumen: las indicaciones de la exploración uterina inmediata post-partum, presenta las siguientes ventajas.

1o.—En todos los casos nos evitan una retención placentaria parcial.

2o.—Nos ayudan a combatir las hemorragias por atonía que ceden por este medio en combinación de la hipofisina en menos de un minuto.

3o.—Nos enseñan ampliamente sobre cualquier lesión post-intervención o post-partum, así como la presencia de algún tumor genital.

En todos los casos en que se ha procedido a la revisión uterina una vez que se ha introducido la mano y no se ha encontrado restos o lesión alguna, se halla uno capacitado para retirarla definitivamente, procediendo a aplicar en caso necesario, el ocitócico indicado.

En aquellos casos en que se encuentran restos, se extraerán, introduciendo la mano cuantas veces sea necesario, hasta concluir con un taponamiento uterino con gasa yodoformada al 5% que tiene la ventaja de permitir extraer fijos en la gasa a las 12 o 24 horas, los pequeños restos adheridos a la matriz que la mano no encontró y que acompañan a la gasa en su salida.

Después se procede a la reparación de roturas o cualquier lesión genital del parto, accesible por las vías naturales.

Recapitulando tenemos:

1o.—La revisión uterina se impone cada vez más ampliamente.

2o.—Es inocua y ventajosa.

"COLENOL"
Unico tratamiento por irrigación de las
INFECCIONES INTESTINALES
Solicite literatura a los representantes
E. PANDO Y CIA. S. EN C.
República del Salvador No. 51

VACUNAS CLIN

ANTIGONOCOCICA *I Monomicrobiana*

ANTIGONOCOCICA *II Polimicrobiana*

Registro No. 1972 y 1973 D. S. P. México.

ANTIESTAFILOCOCICA

Registro No. 1970 D. S. P. México.

ANTIESTREPTOCOCICA

Registro No. 1971 D. S. P. México.

COLI - ENTERO - VACUNA

I BUCAL
Cajas de 6 Ampollas de 5 cc. de gran concentración uniforme.

II INYECTABLE
Cajas de 10 Ampollas de 1 cc. de concentración creciente.

Registro No. 3577 y 3655 D. S. P. México.

NEUMO - BRONCO VACUNA

Registro No. 3.744. D. S. P. México

1. - ADULTOS **2. - INFANTIL**

VACUNA PRE - OPERATORIA

Concentración elevada en microbios.
Tolerancia perfecta -
- Conservación ilimitada
Inyecciones subcutáneas o intramusculares.

LAS VACUNAS CLIN inyectables expéndense en cajas de 10 Ampollas de 1 cc. de concentración creciente.

SUEROS CLIN

DESALBUMINADOS Y PURIFICADOS

ANTICOLIBACILAR. *ANTIESTREPTOCOCICO*

Preparado según el método del profesor H, VINCENT (París)
Cajas de 1 ampolleta de 10 c. c. ó 5 c. c.
Reg. No. 1857 D. S. P. México.

ANTIGANGRENOSO MULTIVALENTE

Preparado según el método de H. VINCENT y G. STODEL
Cajas de 1 ampolla de 10 c. c.
Reg. No. 1859 D. S. P. México.

LABORATORIOS CLIN - COMAR & CIA.

20 Rue des: Fossés Saint-Jacques, París.

Agencia General:

Balderas 132. Apartado 1977. MEXICO, D. F.

Relación de las Cisuras Pulmonares con la Pared del Tórax

Por el Dr. Emilio Longoria

DADA la frecuencia que en los padecimientos pulmonares intervienen las cisuras, me he animado a hacer algunas consideraciones sobre ellos y a darle la situación de dichas cisuras al clínico que explora.

Es muy común que pase inadvertido la participación que la cisura tiene en el siguiente grupo de padecimientos del pulmón y la pleura: congestión pulmonar, neumonía, bronconeumonía y pleuroneumonía, siendo atraída la atención sobre la sintomatología general calofrío, fiebre, sudor, postración, astenia y el estado de mal estar e inquietud que acompaña a estos cuadros; y además sobre los síntomas locales, dolor, tos, disnea y espectoración; los de auscultación, respiración ruda, soplante, acompañada generalmente de soplo bronquial, tubario o pleurítico, amén de las diferentes modalidades de estertores crujidos y frotamientos.

Al hacer la exploración del enfermo, al recoger los datos de inspección, palpación, percusión y sobre todo de auscultación llevar in mente más o menos de una manera aproximada al trayecto que siguen las cisuras proyectado sobre la pared del tórax. Por ejemplo: en la neumonía el dolor que experimenta el enfermo en la parte anterior del hemitórax y su propagación y manifestación al dorso, diciéndole a uno el enfermo este dolor "me corresponde hacia atrás", más o menos a la altura del que siento en la parte anterior, siendo este dolor propagado y en correspondencia hacia atrás por la participación de la pleura cisural e interlobar.

En la congestión pulmonar y en la bronconeumonía el dolor no es tan intenso y la participación de la pleura cisural es menor atacando el foco congestivo o el bronco neumónico zonas más pequeñas de parenquima pulmonar que la neumonía lobar; siendo muchas veces la superficie de pulmón atacada mayor en la bronconeumonía que en la neumonía en los casos de focos múltiples o en las formas evolutivas serpiginosas.

Ahora bien, donde mayor importancia tiene el conocimiento aproximado de la situación cisural con la pared del tórax es en los casos de pleuroneumonía, pues es grande la participación de parenquima y pleura, no quedando limitado el proceso en la mayor parte de las veces a un lobo pulmonar, dando lugar en muchas ocasiones a la supuración alojada entre las hojas cortical y parietal de la pleura, o entre un lobo y otro, y por último en las formas supracisural, infracisural o supra e infracisural; en estos últimos casos puede pasar inadvertida la colección purulenta allí localizada, debiendo ser tratada quirúrgicamente.

Sentadas estas brepes consideraciones, voy a darles las trayectorias de dichas cisuras proyectadas sobre la piel del tórax.

RELACIONES DE LAS CISURAS DEL PULMON CON LA PARED DEL TORAX.

Lado derecho.—Parte anterior del hemitórax, cisura inferior, es en general ascendente de abajo a arriba y de adentro hacia afuera encontrándose sobre la línea paraesternal a la altura del 5o. espacio intercostal, sobre la línea mamaria sigue el borde inferior de la 5a. costilla, en la línea axilar anterior se encuentra so-

bre el borde superior de la 5a. costilla, en la axilar media y posterior se conserva esa misma relación con el borde superior de la 5a. costilla, y es a la altura de la línea axilar posterior o un poco atrás donde se encuentra con la cisura superior que después describiré. Continuando su trayecto cruza la línea escapular a la altura de la 5a. costilla y más o menos a la mitad del escápulo y en la línea inter-escápulovertebral termina a la altura de la 4a. costilla.

Cisura superior, menos ascendente que la anterior se encuentra sobre la línea paraesternal sobre la 2a. costilla, y en la línea mamaria en el borde inferior de la 2a. costilla; sobre la línea axilar anterior pasa por el borde superior de la 3a. costilla, y en la línea axilar media se encuentra a la altura de la 4a. costilla y viene a unirse a la cisura anterior más o menos en la línea axilar posterior a la altura de la quinta costilla, como ya había dicho.

Lado izquierdo.—Como la cisura del lado derecho es ascendente en la misma dirección y se encuentra sobre la línea paraesternal a la altura de la 6a. costilla, sobre la línea mamaria en el borde superior de la 6a. costilla. Después en las líneas axilar anterior, media y posterior sigue el borde inferior de la 5a. costilla, continuando su trayectoria en la línea escapular asciende al borde inferior de la 4a. costilla. En la línea inter-escápulo-vertebral se encuentra a la altura de la 3a. costilla.

Estas relaciones fueron tomadas directamente del cadáver, preparándose de antemano, para evitar la retracción de los pulmones al abrir el tórax, mediante una inyección endotraquelo de agua de 1.500 c. c. a 2.000 c. c.

México, D. F. junio de 1933.

Recuerde Ud. este nombre cuando necesite recetas bien preparadas

PROMINAL

N-metil-etil-fenil-malonil-urea

El Prominal tiene la acción antiepiléptica típica del Luminal pero está desprovisto de sus efectos hipnóticos. Los ataques son reducidos a un mínimo o desaparecen del todo. Los pacientes pueden desempeñar sus ocupaciones sin detrimento de ningún género.

BAYER

Envases originales
Tubo de 10 tabletas de 0.2g.

Reg. No. 10399 D. S. P.

Reg. No. 11381 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica

LA QUIMICA INDUSTRIAL
"BAYER-MEISTER LUCIUS"
Weskott y Cía.
APARTADO 45 BIS MEXICO, D.F.

MERCK MEXICO S.A.
APARTADO 2669
MEXICO, D. F.

E. MERCK DARMSTADT

MAX ABBAT,

MUY ATENTAMENTE RECOMIENDA A LOS MIEMBROS DEL H. CUERPO MEDICO MEXICANO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS

Panglandina Couturieux

Comprimidos

La fórmula pluriglandular más completa y mejor dosada.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

D. S. P. 4866

Lantol Couturieux

Ampolletas

En las infecciones graves el Lantol Couturieux hace bajar la temperatura. Provoca una hiperleucocitosis general intensa.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 2245 D. S. P.

Bismuthoidol Robin amp.

Bismuto coloidal en solución acuosa, completamente indoloro, no se acumula en el organismo, no provoca choque hemoclásico.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 10431. D. S. P.

Immunizols Gremy

Ampolletas

Inyectable y Caldo Vacuna.

Sedol Buisson

Ampolletas

Sedante del dolor... y ninguna de sus pobres imitaciones.

Este producto está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y sólo podrá usarse por prescripción y bajo la vigilancie médica. No. 6497 D. S. P.

Hemotonine Buisson

Ampolletas

Complejo de hierro y estricnina en combinación con el arsénico y los fósforos orgánicos.

Iodone Robín

Gotas. No. 2828 D. S. P.

Amp. { 0.02: No. 4149 D. S. P.
0.04: No. 2897 D. S. P

combinación de albuminoidea de yodo, preparado con peptona de carne de origen tripsico.

Usese por prescripción médica.

Immuniderm Gremy

Pomada de antivirus y bacteriófago.

No. 6280 D. S. P.

Agente MAX ABBAT

Lucerna No. 47 MEXICO, D. F.

Lesiones Aórticas

Por el Dr. Enrique Villela

ES útil, en Anatomía Patológica, al revisar el estudio de las lesiones de un órgano, tener presentes las determinantes anatomopatológicas que sirven de base para clasificar las lesiones conforme a un agrupamiento sencillo y ordenado a la vez que lógico:

I. LESIONES CONGENITAS.

La ontogenia, al darnos a conocer las diferents etapas que recorren los órganos desde su diferenciación hasta su desarrollo adulto, nos dá al mismo tiempo la clave de las anomalías que se encuentran, a veces tan frecuentes y tan variadas, en todos los sistemas orgánicos, y que gracias a ella sabemos interpretar como detenciones en el desarrollo y disposiciones embrionarias que han persistido en el adulto.

II. ALTERACIONES CADAVERICAS.

Es indispensable conocer las alteraciones post-mórtem que sobrevienen en los órganos y tejidos, para diferenciarlas de las lesiones ante-mórtem y evitar así errores que pueden ser de trascendencia.

III. LESIONES TRAUMATICAS.

IV. LESIONES CIRCULATORIAS, sea vasculares o sanguíneas.

V. LESIONES HIPOBIOTICAS, en cuyo grupo figuran como tipo las lesiones degenerativas diversas y al lado de ellas, las de sobrecarga, resultante manifiesta de hipofunción.

VI. LESIONES INFLAMATORIAS, comprendidas dentro de su más amplia acepción y bajo su triple característica anatomo-patológica: a), reacción exudativa; b), reacción degenerativa; c), reacción proliferativa.

VII. NEOPLASMAS.

VIII. PARASITOS Y CUERPOS EXTRAÑOS, y

IX. un grupo importante, especialmente en la que respecta a algunos órganos, como el corazón, la aorta, etc., y constituído por las LESIONES de ACOMODACION.

No sería posible, dentro de los límites a que esta nota debe ceñirse, tratar detenidamente cada uno de los grupos anumerados, por lo que me limitaré a formar un cuadro sinóptico de las LESIONES AORTICAS, aplicando a su clasificación las nociones precedentes, y me referiré tan sólo en particular a algunos tipos de lesiones inflamatorias y degenerativas, por ser de comprobacin más frecuente y por guardar relación con las piezas anatómicas que presento y que me ha sido dable coleccionar.

I. LESIONES CONGENITAS.

hipoplasia arterial,

persistencia del canal arterial.

transposición de arterias (aorta y pulmonar).

La hipoplasia arterial puede radicar en el vaso propiamente dicho, en su región infundibular o en el orificio (estenosis congénita de la aorta). En el primer caso, suele observarse una compensación vascular, como en el caso registrado por el Prof. ULRICH, en el cual existía una amplia anastomosis entre las mamarias internas y las epigástricas que se hallaban dilatadas e ingurgitadas; la muerte del sujeto que llevaba tan curiosa lesión, y que le permitió llegar a la edad adulta, se debe a la ruptura de uno de estos vasos, que originó una infiltración sanguínea de las paredes abdominal y torácica, verdadero anurisma disecante.

II. ALTERACIONES CADAVERICAS.

La principal es la impregnación, por la hemoglobina difundida y desintegrada, de la endarteria, que toma un color rosa o rojo uniforme.

III. LESIONES TRAUMATICAS, (heridas,

contusiones, etc. Deben señalarse también las rupturas que sobrevienen en una aorta previamente alterada por diversas lesiones parietales).

IV. LESIONES CIRCULATORIAS.

Aún cuando el endotelio vascular se encuentre alterado, es digna de señalarse la rareza de las trombosis en el interior del vaso, en marcado contraste con lo que es la regla que suceda en arterias de menor calibre o en los vasos venosos.

En algunas formas de arteritis agudas, los pequeños vasos y capilares, congestionados, sinuosos y dilatados, pueden romperse en algunos puntos y dar lugar a focos equimóticos.

V. LESIONES HIPOBIOTICAS. Tipo: **el Ateroma**, caracterizado por un proceso degenerativo de la endarteria, con participación secundaria de la media.

VI. LESIONES INFLAMATORIAS.

Las AORTITIS AGUDAS, (infecciones generales agudas: fiebre, tifoidea, puerperal, bronconeumonía, reumatismo poliarticular), pueden ser vegetantes, ulcerosas y supuradas.

De las AORTITIS CRONICAS, la gran causa es la Sífilis, mereciendo citarse, por elocuentes, las palabras que el Prof. CHAVEZ pronuncia como corolario a su estadística: "Casi todas las aortitis obedecían a una sífilis vieja y casi todas las sífilis viejas habían engendrado una aortitis".

Se han señalado otras causas, en particular parasitarias (actinomicósicas), pero su importancia palidece ante el gran factor ya señalado.

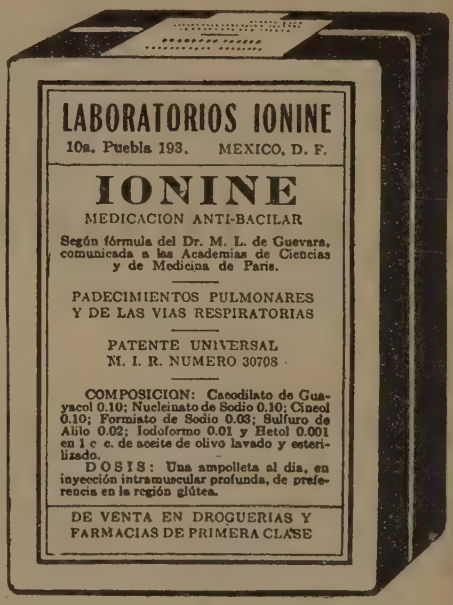
VII. NEOPLASMAS.

Son absolutamente raros los neoplasmas aórticos, sea autóctonos, sea metastáticos, y sólo se citan los propagados por lesiones de cercanía, v. gr.: de un neoplasma esofágico o pulmonar, etc.

VIII. PARASITOS. Se ha observado la triquina en las capas músculo-elásticas de la aorta y el cisticercus celulosas, CUERPOS EXTRAÑOS: fragmentos de proyectil o de instrumentos punzantes o puzo-cortantes, hechos de extrema rareza.

IX. LESIONES DE ACOMODACION.

Se han estudiado y descrito los ensanchamientos y alargamientos uniformes de la aorta en ciertos estados de crecimiento corporal extraordinario, (gigantismo), y se han igualmente señalado en el atletismo exagerado. Es digno de anotarse el hecho de que cuando un individuo muy robusto, de considerable masa sanguínea, sufre, por una causa cualquiera, un



TUBERCULOSIS

Tratamiento a base de la medicación antibacilar

IONINE

(Regs. 7089 y 7092 DSP)

usada con éxito en la República Mexicana y los Estados Unidos.

Las ampolletas y jarabe **IONINE** están de venta en las principales Droguerías y Farmacias de la Capital y Estados.

LABORATORIOS IONINE, S. A.

10a. DE PUEBLA 193

Tels. {Eric. 4-58-44 / Mex. L-18-10 — Apartado 1999 MEXICO, D. F.

debilitamiento orgánico acentuado, su aparato cadio-vascular y en particular la aorta, sufren una reducción, como para acomodar su capacidad a la disminución de la masa sanguínea.

Un problema frecuente, que suscita la necropsia, estriba en diferencias las lesiones vasculares aórticas **sifilíticas** de simples lesiones **ateromatosas.**

Para estas últimas, en un principio se nota en la superficie de la endarteria un ligero punteado blanco-amarillento, **(mancha amarilla),** que llega a adquirir el tamaño de una lenteja, formndo ligero relieve en la superficie del vaso, **(placa amarilla).** Extendiéndose progresivamente estas placas confluyen entre sí, dando origen a placas de mayor tamaño, cuyo aspecto se va modificando ligeramente, la coloración se torna más blanca y el centro se umbilica levemente, **(pústula ateromatosa).** El brillo de la superficie ha persistido por conservarse íntegro el endotelio vascular, bajo el cual se desarrollan las lesiones. En el punto de umbilicación se forma una ulceración de forma irregular, de bordes festoneados y de fondo amarillento y abrupto, **(úlcera cratcriforme).** La consistencia de la lesión aumenta y se hace semejante al cartilago, **(placa condroide),** y finalmente viene la calsificación, **(placa calcárea),** seca, dura, da al corte una sensación especial y produce un ruido de crepitación).

Tal es, rápidamente bosquejada, la evolución de las lesiones ateromatosas, que tienen por **sitio de elección inicial** el nacimiento de la aorta, especialmente al derredor de los orificios de las coronarias, afectando también las sigmoides; cuando son difusas, se les encuentra en el cayado y a lo largo de la aorta descendente, y siempre con la **particularidad** de hallarse más numerosas y más confluentes cerca de los orígenes de las colaterales lo mismo que hacia su bifurcación terminal. Suelen encontrarse las lesiones en **diversos grados evolutivos,** y al lado de placas ya calcificadas existen lesiones incipientes o en sus estadios intermedios de

"PULMOSEPTINA"

Intensa Medicación Antibacilar para la Tuberculosis.

Fórmula del Dr. Salvador V. Altamirano de la Facultad de México

Certificados médicos de distinguidos bacteriólogos de la capital

No. de Registro 2429 Patente No. 1871

Depósito: 5 de Mayo 15

desarrollo; ello se explica porque las lesiones ateromatosas no aparecen simultáneamente, sino más bien por brotes sucesivos.

El calibre del vaso puede hallarse normal o muy poco modificado, a las veces irregularmente ensanchado a trechos, y en otras, al contrario, con tendencia a la retracción. La curvatura del cayado se exagera, su cúspide se eleva. La consistencia de la arteria es acartonada y su elasticidad se atenúa mucho; la pared es gruesa, no se aplasta y cruje al corte.

En las lesiones **sifilíticas**, los caracteres son distintos, y en algunos de sus aspectos, hasta opuestos.

Desde luego es importante establecer una diferencia capital, sobre la que tal vez no se ha insistido bastante, entre la **sífilis valvular** y la **sífilis vascular.** El ataque puede ser simultáneo, (como se vé en uno de los ejemplares que presento), pero no deja de ser frecuente que estas lesiones **existan independientemente una de la otra,** gozando de una autonomía indudable; está bien observado el hecho de la existencia de una aortitis sifilítica perfectamente caracterizada coexistiendo con sigmoides indemnes, o a la inversa, lesiones valvulares acentuadas permaneciendo el resto del vaso, en cambio, absolutamente normal. Particularidad tan interesante nos es explicada por un pequeño detalle anatómico, cuya importancia se acrece ante estos hechos: la irrigación que corresponde al vaso es independiente de la del aparato valvular. Fácil es concebir la importancia de estos conocimientos para la Clínica, que deriva de ellos indiscutibles y provechosas enseñanzas. No son raros, en efecto, los casos en que las aortitis sifilíticas son clínicamente silenciosas y se revelan como un hallazgo radiológico o como una sorpresa en la autopsia; la falta de ataque sigmoideo nos da razón de la ausencia de signos clínicos más claros, un chasquido, v. gr., un soplo de determinados caracteres, que habrían llamado inmediatamente la atención del lado del vaso.

Cuando las lesiones han sido sorprendidas por la necropsia en sus fases incipientes lo primero que se ha observado es una **exageración notable de las líneas de fuerza,** irradiadas en abanico; un poco más tarde empiezan a aparecer, como "lluvia de estrellas", según la expresión gráfica y pintoresca del Prof. ULRICH, las pequeñas **infiltraciones gomosas nodulares,** que tienen por **sitio de elección inicial el cayado** y que cuando se extienden se les encuentra en la porción supra-sigmoidea, respetando a menudo las válvulas, y también a lo largo de la aorta torácica, observándose que a veces se detienen a la altura del orificio diafragmático, o bien descienden a la oarta abdominal. Generalmente las lesiones, aunque de diversas dimensiones, **se encuentran todas en el mismo grado evolutivo.**

Las lesiones afectan siempre **las tres túnicas arteriales,** (panarteritis), radicando las más características en la media, en donde se encuentran conglomerados foliculares, con celdillas gigantes, (rara vez se ha evidenciado el treponema), y lesiones mutilantes de los haces elásticos, lo que explica bien el carácter ectasiante, **tan marcado y fundamental de estas aortitis.**

Sin perder de vista la variedad de los casos y la multiplicidad de matices que pueden presentar, si, para mayor claridad, tratáramos de resumir lo antes dicho, podríase formar el siguiente cuadro esquemático:

Los Furúnculos pueden tratarse mejor con aplicaciones húmedas calientes que aflojen la piel hinchada y ayuden a la eliminación de los exudados y a la destrucción de los gérmenes de la infección. La Antiphlogistine, con sus propiedades higroscópicas y termogénicas prolongadas, suaviza los tejidos inflamados, alivia la tensión y el dolor y activa la resolución. El uso de la Antiphlogistine en el tratamiento de la furunculosis es una medida racional de valor determinado.

Solicite muestra y literatura.

Denver Chemical Mfg. Co.,
Nueva York, E. U. A.

Representados en México por

Sanborn Hnos., S. A.

Avenida Madero No. 4
México D. F.
Reg. No. 193, D S. P.

Antiphlogistine

AORTITIS SIFILITICA	ATEROMA.
Localización inicial en el cayado.	Localización inicial cerca del ostium valvular, alderredor de los orígenes de las coronarias y en las sigmoides.
Principio por una infiltración que levanta la superficie interna del vaso. Lesiones orbiculares, sin tendencia a ulcerarse, y en cambio sí a evolucionar hacia la fibrosis (esclerogoma).	Principio por la mancha amarilla, seguida de la placa amarilla, pústula ateromatosa, úlcera crateriforme, placa condroide y placa calcárea.
Lesiones vasculares y lesiones valvulares pueden coexistir, pero pueden también ser independientes, siendo en este caso más frecuente la sífilis vascular.	Lesiones simultáneas del vaso y del aparato valvular, aún discretas.
Lesiones todas de la misma edad, es decir, en el mismo grado evolutivo.	Lesiones de diversas edades, o sea en distintas fases evolutivas.
Tendencia marcada desde la iniciación de las lesiones a dilatar el vaso (aortitis ectasiante) y a evolucionar hacia el aneurisma.	El calibre del vaso puede hallarse poco modificado y aún retraído.
Lesiones interesando todas las túnicas (panarterisis)	Lesiones endo y mesarteriales.
Forma difusa gomosa y fibrosa.	Formas según la etapa evolutiva.
Microscópicamente, lesiones de las tres túnicas, predominando en la media, con formación de folículos y desorganización de la capa elástica, de donde dilatación y ectasia.	Microscópicamente degeneración grasosa de la limitante interna y de la zona subyacente de la media y más tarde calcificación.

MORTUS DOCET VIVUS.

ANEMIA PERNICIOSA, ANEMIAS SECUNDARIAS, TRATAMIENTO PARA ENGORDAR

PERHEPAR AMPOLLETAS

"RICHTER"

Contiene el extracto desalbuminizado de 20 gramos de hígado fresco de caballo y su efecto terapéutico es más rápido e intenso que cualquier producto a base de hígado de ternera

ES MAS BARATO Y LO MEJOR
CAJAS DE 6 AMPOLLETAS

MEXICO, D. F. **DR. E. SOMLO.** APARTADO 2679

EL UNICO MEDICAMENTO POSITIVAMENTE EFICAZ PARA LOS VOMITOS INCOERCIBLES, Y LOS DEL PERIODO DE PREÑEZ, CON RESULTADOS MUY NOTABLES IGUALMENTE, PARA EL **HIPO REBELDE** USO HIPODERMICO Y ORAL.

Ampolletas de 2 cc. y Pastillas

Fuku-
EMOL
Reg. D-S-P. 1496.

Superior a Todo lo Conocido

Operaciones Toracoplásticas

Por el Dr. GEORGE STRAUB

Traducción del Dr. F. Rueda Magro

(Continuación del No. 47 Pag. 1668)

Ad. 17.—Tuberculosis activa del pulmón "sano": La experiencia muestra muy frecuentemente un rápido avance del proceso tuberculoso en tales casos, siguiendo a la operación. Hay, sin embargo, algunos cirujanos que no aseguran de un modo enfático la absoluta integridad del pulmón, como por ejemplo lo hace Sauerbruch. Eloesser, Jessen, Davies, Gravessen y otros, operan siempre y cuando las lesiones en el pulmón en mejor estado" no son evidentemente activas, agudamente activas, sin grandes cavidades, etc." Yo pregunto, ¿quién conoce, exactamente lo malo que están y cómo reaccionarán después de la operación? No hay duda de que a veces el cirujano tiene éxito por cosas de la fortuna. Pero como Saugmann y Sauerbruch hacen notar, las malas sorpresas son más frecuentes que las buenas. Sauerbruch consiente en operar en presencia de alguna actividad del pulmón "sano", solamente. Si el otro pulmón ha sido enteramente destruído, y si la capacidad respiratoria del pulmón en mejor estado es suficiente.

Ad. 18.—Pleuresía reciente del lado "sano": Esta forma de pleuresía es generalmente debida a la emigración del bacilo tuberculoso o de sus toxinas, del tejido pulmonar a la superficie pleural, y de ahí que aparezca después alguna forma activa de tuberculosis del pulmón "sano."

Ad. 19.—Adherencias pleurales del lado "sano": Tales adherencias, si son extensas, interfieren la acción respiratoria del pulmón y disminuyen grandemente la función vicariante. Al practicar el examen, debe prestarse la mayor atención a la presencia de suficiente excursión respiratoria de este lado del pecho; y de que exista clara visibilidad fluoroscópica del seno costo diafragmático.

Después de esta revista pasada a las contraindicaciones, podemos con mayor seguridad proceder a la discusión de las condiciones bajo las cuales, puede ser permitida y aconsejada la toracoplastía.

Las indicaciones para la toracoplastía pueden apuntarse como sigue:

I.—Absoluta:

1.—Tuberculosis unilateral con cavidades y con tendencia definida a la esclerosis, incluyendo también los casos con desalojamiento del mediastino y sus órganos.

2.—Neumotórax ineficaz incompleto.

3.—Hemorragia pulmonar recurrente.

4.—Derrame tenaz durante el neumotórax

5.—Empieza tuberculoso incluyendo infecciones mixtas y fístula toráxica externa.

6.—Tuberculosis moderada de los riñones, intestino, huesos, articulaciones y laringe

7.—Inflamación crónica no tuberculosa de los pulmones y absceso pulmonar.

8.—Bronquiectasis.

II.—Relativa:

9.—Indicación social.

10.—Tuberculosis unilateral en niños.

11.—Fiebre.

Ad. 1.—Tuberculosis unilateral: En general hablando, esto incluye primeramente los casos de tuberculosis unilateral esclerosa

productiva de grave extensión, que en virtud de adherencias intratables no ha podido ser aplicado con éxito el seumotórax. El tipo exudativo progresivo, sin embargo, se le debe acercar con la mayor reserva y cautela, aun cuando aquí también la experiencia ha mostrado que un gran número de pacientes absolutamente sin esperanzas, pudieron ser salvados por medio de operaciones en muchos tiempos, espaciados; y de acuerdo con la resistencia de cada individuo. En tales casos, la frenicectomía previa se practica usualmente. Los más prometedores, sin embargo, son los casos de larga duración, de actividad abandonada, que se han vuelto más o menos estacionarios, con formación de cavidades incapaces de contraerse completamente; y que descargan gran cantidad de esputo bacilífero. Aquí la toracoplastía se usa con el fin de causar, de un modo puramente mecánico, el completo colapso de estas cavidades, una fibrosis más eficiente y la desaparición del esputo, frecuentemente en un tiempo sorprendentemente corto. Muchos casos con desalojamiento del mediastino y síntomas cardíacos (esteno cardia, palpitaciones, disnea), sacan considerable beneficio de la toracoplastía. Aquí la operación, de acuerdo con la opinión de Brauer, tiene el efecto de cardiolisis. En tales casos, Sauerbruch va tan lejos que quita las costillas con todo y periosteo.

Ad. 2.—El neumotórax terapéutico, que no puede ser forzado hasta el punto de ser eficaz, sin correr el riesgo de la producción de una hemorragia pulmonar, por la distorción y éxtasis de la área no colapsada, o hemorragia subsiguiente dentro del espacio pleural y ruptura de cavidades superficiales con la producción de un pioneumotórax; deberá ser seguido por toracoplastía. Cuando practicamos en tales casos la sección de las adherencias, según el método de Jacobaeus, deberemos tener constantemente en el pensamiento, el peligro no tanto de hemorragia, sino de la apertura de cavidades superficiales, con el grave resultado anteriormente mencionado. Varios autores (Gravessen, Korbsch, Schroeder, Ulrici, Unverricht, Weber, y otros), últimamente han referido magníficos casos con resultados muy satisfactorios, con el procedimiento de Jacobaeus si es aplicado con las precauciones necesarias. En la duda, la toracoplastía será la operación de elección. Las adherencias muy anchas y cortas nunca deben ser seccionadas por medio del cauterio.

Ad. 3.—Hemorragia pulmonar recurrente: Por de contado que en caso de aplicar la toracoplastía para yugular una hemorragia pulmonar, es indispensable definir perfectamente bien cuál es su origen. Generalmente es el lobo superior. Pero entonces, no debemos olvidar el hecho de que (Baer, Rancke), en caso de operación en varios tiempos, en el límite entre el pulmón colapsado y no colapsado, se produce frecuentemente una tensión anormal de los tejidos, que da por resultado irritación y estasis. Esto, a su vez, puede aumentar la hemoptisis en lugar de detenerla. En tales pacientes debemos seguir el consejo de Sauerbruch, y resecar cuando menos las siete costillas superiores en un tiempo. Esto, junto con la operación frénica (Pribram), ofrecerá las mayores probabilidades de éxito. Sauerbruch, a veces lleva a cabo la resección de las tres costillas superiores solamente, y después de despegar la pleura, tapona la cavidad con gasa. Stoecklin prefiere la neumolosis con relleno de parafina, a la toracoplastía. Sostiene que es menos grave, ofrece probabilidades mecánicas mejores para la expectorción, sin peligro de sofocación en caso de una hemorragia masiva subsecuente, y todavía más, que el aumento de presión en la área del relleno, queda bajo mejor control, siempre y cuando el mediastino sea lo suficientemente rígido.

Ad. 4.—La persistencia de un exudado tenaz después de un neumotórax terapéutico, generalmente indica que estamos en presencia de un tipo grave de tuberculosis exudativa. Aun cuando estos casos, al principio y por algún tiempo, muestran a menudo, considerable mejoría después de practicarse sólo el neumotórax (desaparición de la fiebre y de los sudores nocturnos, vuelta del apetito y mejoría del estado general), lo cual es debido a la menor absorción linfática le

las toxinas, consecuencia del colapso del pulmón; esta mejoría generalmente no es duradera. La razón de esto es que, la esperada transformación hacia un tipo escleroso, no se efectúa. Ocurre extensa cavitación y focos localizados superficiales; y como resultado, irritación de la pleural, más exudación dentro de la cavidad pleural. En estos casos, la mejor manera de proceder es desistir del neumotórax terapéutica y recurrir a la toracoplastía primaria asociada o no a la operación frénica. La operación mayor es en estos casos de lo más excusable, porque sin ella, estos pacientes generalmente sucumben tarde o temprano, víctimas de su tuberculosis exudativa.

Ad. 5.—Empiema tuberculoso: Casos de derrame pleural de tipo infección mixta, son excelentes para que se le aplique la toracoplastía, aun cuando por medio de continuas irrigaciones de la pleura con soluciones antisépticas (Dakin, Lugol, Pregl, Rivanol, etc.) ,hayamos podido triunfar volviendo estéril a la pleura y al paciente afebril. Pero aquí la pleura visceral está tan gruesa y fibrosa, que una expansión eventual del pulmón es a priori imposible. Además de esto, la existencia de la infección mixta nos lleva a suponer la existencia de una comunicación con un foco pulmonar superficial, y la probabilidad de reinfecciones continuadas. De aquí que sea preferible hacer una toracoplastía oportunas a continuar la aspiración del derrame y la irrigación, hasta el punto de que cuando la toracotomía amplia sea necesaria, resulte una fístula externa. En este último caso, la toracoplastía debe ser practicada.

Ad. 6.—Tuberculosis moderada de los riñones, intestino, huesos, articulaciones y laringe: Estos estados son generalmente beneficiados por la toracoplastía. (Véanse las contraindicaciones 6, 7, 8, 9.)

ad. 7.—Enfermedad pulmonar crónica no tuberculosa: En ciertos casos de estados inflamatorios crónicos extensos, esclerosis del pulmón, y formación de gran absceso, especialmente de la variedad multilocular, la toracoplastía puede ofrecer la posibilidad de la inmovilización y la reducción de la absorción linfática, si el neumotórax fracasa.

Ad. 8.—Bronquiectasis de tipo viejo, con presencia de cavidades amplias y de paredes rígidas, no pueden ser colapsadas por neumotróax, y por tanto, serán tributarias de la toracoplastía.

Ad. 9.—Las indicaciones sociales juegan cierto papel en dos sentidos: Primero, para decidir la cuestión de la necesidad de la operación misma, y segundo, en lo que concierne a la oportunidad operatoria. Por lo que respecta a lo primero, todos los cirujanos de tórax, conscientes, aceptan, que un paciente debe ser sometido a la operación, sólo después de haber agotado todos los recursos terapéuticos; y todavía surge algunas veces el problema de la eliminación del peligro de infección para los otros miembros que rodean al enfermo o para los familiares bajo excepcionales condiciones desfavorables, tanto domésticas como económicas. Al formular una decisión en estos casos, sin embargo, la mayor reserva y cautela serán observadas.

Nuestra mejor guía será la convicción de que en un momento dado, el paciente no puede ser salvado, de ningún otro modo, que no sea el colapso del pulmón. Por lo que se refiere a la oportunidad operatoria, podemos decir que la toracoplastía está indicada, si en un caso dado, por este medio, el tratamiento conservador extramedamente prolongado (neumotórax, plombaje, etc.), puede ser reemplazado por una restitución rápida hacia la salud y el trabajo, en otras palabras, a la rehabilitación.

Ad. 10.—La tuberculosis unilateral en los niños, merece una consideración especial, si se tiene en cuenta el desarrollo incompleto del esqueleto, y la posibilidad de una deformación del pecho y de la espina, consecutivas a la toracoplastía. Como este problema aun está a discusión (véase contraindicación 2), un cuidado especial y un buen juicio con respecto a la decisión y a la observación, deben estar presentes.

Ad. 11.—Pacientes febriles, como se ha visto anteriormente, se benefician frecuentemente con la toracoplastía; lo cual es debido al reposo del pulmón y a la reducción grande de la absorción linfática que de ahí resulta.

PRODUCTOS OPOTERAPICOS "CHAIX"

Extractos.—INYECTABLES, COMPRIMIDOS, GLICERINADOS Y JARABES

TODOS LOS ORGANOS
Ext. Bazo y Médula
" Cerebral.
" Ganglios Linfáticos.
" Hepático.
" Intestinal.
" Medular.
" Miocárdico.
" Muscular.
" Pancreático.
" Pulmonar.
" Retiniano.

TODAS LAS GLANDULAS
Ext. Explénico.
" Hipofisario.
" Mamario.
" Renal.
" Orquítico.
" Ovárico.
" Placentario.
" Prostático.
" Para-Tiroide.
" Surrenal
" Tiróide.
" Entero-secretina.
" Entero-Kinasa.

PIDA NUESTRO FOLLETO ESPECIAL COMPLETO

Establecimientos Lauzier, S. A.

Representantes. Apartado 399 México, D. F.

SEÑOR DOCTOR:

¿Ya experimentó Ud. este nuevo producto de patente? Si no, hágalo ahora mismo, solicitando una muestra a **"Beick Félix" y Cía.**
Apdo. 313. Av. Madero 39. México, D. F.

"PALMATONE"

SIMPLE Y CREOSOTADO

EN SU DROGUERIA FAVORITA PIDA UN FRASCO DE PALMATONE. - PRECIO: $ 2.00

PALMATONE Simple:

Magnífico medicamento adyuvante, por sus propiedades como tónico y estimulante de la nutrición, en los casos de enfermedades nerviosas, anemia, pérdida de peso y falta de apetito.

Reg 7585 D. S. P

PALMATONE Creosotado:

Verdadero reconstituyente y tónico. Facilita eficazmente la expectoración en casos de bronquitis y demás afecciones pulmonares.

Reg. 6353 D. S. P.

Sus pacientes pueden adquirirlo en toda droguería o botica por $2.00 frasco

Después de este intento de aclarar lo que se refiere a las condiciones en las cuales la toracoplastía debe ser aconsejable o contra indicada, vamos a discutir en adelante, algunas cuestiones que conciernen más al procedimiento en sí mismo, siendo las más importantes las siguientes: Primero: el problema de la toracoplastía parcial y luego si debe hacer en un tiempo o en varios tiempos. He indicado anteriormente en varias ocasiones, que la operación en una sola sesión, es el ideal que debe alcanzarse y que no estoy en favor de la toracoplastía parcial por razones que serán discutidas. Aun no podemos olvidar el hecho de que, frecuentemente no existen las condiciones ideales; y que debemos estar preparados para hacer frente a las condiciones que se nos presenten.

La justificación de una toracoplastía parcial (que afecta una sola parte del hemitórax), con o sin combinación con el neumotórax terapéutico, ha sido y es aún el asunto por resolver. Las adherencias limitadas hacia la mitad de la área pulmonar, podrían ser suficientemente relajadas por medio de una resección limitada de algunas costillas, siempre y cuando en este caso se lleve la resección más allá de la área de las adherencias; en tanto que las adherencias diafragmáticas y aquellas de la periferia del lobo inferior, pueden beneficiarse con la operación frénica. Pero el caso es diferente con las adherencias del ápex. Aquí no se producirá el colapso mientras la primera costilla permanezca intacta; y todos los cirujanos experimentados bajo la égida de Sauerbruc, insisten en la resección de las siete costillas superiores, de lo que resulta una depresión suficiente de la escápula y del tórax. La resección de la séptima costilla es necesaria, porque no habrá hundimiento de la escápula mientras su ángulo inferior siga reposando sobre dicha costilla.

Con la excepción de estos casos aislados, por lo demás, la mayoría de los cirujanos experimentados (Sauerbruch, Brauer, Saugmann, Jessen, Spengler), están en contra de la toracoplastía parcial. El peligro de la neumonía caseosa, debido a la aspiración del material infectante por la parte no colapsada y la posibilidad de reactivación de un proceso quiescente en la área pulmonar no colapsada, debido al trabajo forzado que se le ha impuesto, son razones capitales esgrimidas en contra del procedimiento parcial. A esto debe agregarse un número de factores más o menos mecánicos. En caso de ausencia de fuerte adherencia pleural, el pulmón contenido en el hemitorax por el colapso del lobo superior simplemente desliza hacia la parte inferior, y vice versa. Al hacer ésto, adherencias débiles pueden ser estiradas y conducir a hemorragias o a pioneumotorax. Entonces, alguna porción del hemitorax que permanece rígida, como ya se ha indicado varias veces anteriormente, impide el colapso del resto. El otro efecto benéfico de la toracoplastía total como es el aumento de estasis sanguínea, la supresión de la circulación linfática dentro del pulmón, la absorción de linfa cargada de toxina en la circulación; quedan prácticamente frustadas o grandemente disminuídas. En otras palabras, el procedimiento se transforma en un remiendo que ignora, más o menos completamente , las bases fisiológicas sobre la que está construída la estructura de la toracoplastía. No debemos pues admirarnos del hecho de que muchos resultados de toracoplastía parcial en muchos casos dejan mucho que desear y que tarde o temprano, la operación tendrá que ser completada. Y con ello, como lo ha dicho Eloesser, hemos perdido nuestra mejor oportunidad para controlar las lesiones durante un estadío favorable. En consecuencia, con excepción muy pocos y seleccionados casos, los procedimientos parciales deben ser rechazados. Los requisitos mecánicos del caso individual deben decidir si es o no deseable, en algunas ocasiones y en dicho caso, combinar el colapso toracoplástico del vértice, con neumotorax del resto del pulmón, subsecuente reexpansión del lobo inferior y luego introducción de aire dentro del espacio pleural inferior libre, es decir, un neumotorax terapéutico parcial. A ningún precio, en este caso, debe abandonarse el control continuo de la presión del aire intrapleural, redoblando la vigilancia, tanto antes de la toracoplastía parcial, como después de ella. A fin de evitar el desplazamiento del mediastino y del corazón, cualquier substracción de ai-

re debe corresponder a la magnitud del procedimiento toracoplástico. En otras palabras, deben ser mantenidas condiciones normales de presión, es decir, una ligera presión negativa, cercana a 3. Tan pronto como bajo estas condiciones, el corazón comienza a ser empujado hacia el lado sano, y el paciente experimenta disnea y se siente molesto. Sauerbruch no vacila en hacer más baja la presión por aspiración del aire en un punto en el que se esté seguro que se entra a espacio pleural libre.

En algunos casos todo esto puede aparecer, por algún tiempo, como un procedimiento admirable. Es ciertamente más seguro que la ruptura intrapleural de las adherencias provocada por un neumotorax de presión (neumotorax forzado). Sauerbruch y Stoecklin han usado ésto con buenos resultados; pero la experiéncia ha mostrado que en muchos de estos casos, tarde o temprano, a la toracoplastía de la parte inferior del torax se tiene que recurrir. Entonces, por supuesto, la inmovilización del pulmón no podrá ser tan completa y eficiente, como lo hubiera sido en el caso de que las dos toracoplastías (superior e inferior), se hubiesen practicado con los intervalos regulares previstos de antemano; y antes de que la parte superior haya tenido tiempo de consolidarse y osificarse. Sobreponiéndose a las dificultades técnicas de semejantes casos, los recursos y el ingenio del cirujano son sometidos a dura prueba. Como naturalmente, uno trata de salirse de la área de la operación previa, se recurrirá a incisiones sobre el sitio que correspondería al aspecto anterior del tórax. Lo mismo se puede decir particulamente si se trata de resecar las costillas superiores restantes. Sauerbruch, Wells y otros, prefieren abordar mediante incisiones curvas en la región de la línea exilar media o más hacia el frente, mientras que otros recurren a las operaciones plásticas ideadas según la técnica de Ostermeyer, es decir, hendiendo los músculos. En cualquier caso hay que planear muy bien la operación, después de un indispensable estudio radiológico. Además, hay cierto número de diversas complicaciones, que hacen la toracoplastía parcial más o menos indeseable. En primer lugar, la formación de un derrame pleural pertinaz ha sido observado en dichos casos. Entonces, al reexpansionarse el lobo inferior, existe el peligro de la absorción del material infectante, de la parte alta del pulmón, con la fatal neumonía caseosa subsecuente. Todas estas razones son causas suficientes para adherirse a la regla, de que si consideramos la operación en todos sus aspectos, la toracoplastía debe ser hecha con la intención de completarla tempranamente y queriendo el colapso del pulmón entero en uno o más estadíos o tiempos, preferible en uno solo, aunque éste presente un neumotoraz parcial.

La cuestión de si la operación debe practicarse en una sola sesión o en varias, es también un problema que debe ser resuelto en cada caso. Como se ha mencionado antes, la operación de la toracoplastía practicada en una sola sesión, sería el procedimiento ideal. Su ejecución depende del estado individual del paciente, y también y en no pequeño grado, del conocimiento, experiencia y habilidad mecánica del cirujano. No puede haber discusión en el hecho de que, la toracoplastía practicada en una sola sesión, garantiza un mayor grado de colapso uniforme y eficiente de la pared toráxica, disminuye la magnitud del trauma total y las probabilidades de la hemorragia pulmonar; del mismo modo que aleja el factor psíquico de temor y depresión que está asociado frecuentemente con la idea de que va a ser necesario llevar a cabo en un futuro cercano, otra gran operación. Este componente psíquico de la cirugía del tórax no debe ser despreciado, en virtud de depender de él muchas veces el éxito de la operación y la reputación del cirujano. Más aún, el riesgo operatorio (anestesia, embolia, infección) se corre una sola vez. Pero ésto no quiere decir que el cirujano en virtud de ello, sacrifique un perfecto acabado, una cuidadosa hemostasis, y delicada manipulación de los tejidos, sólo por la ambición de romper records. "Festina lente:" suavidad, expedientes cuidadosos es lo que hay que seguir. En caso de circulación pobre o de enfermedad del pulmón "sano", uno operación practicada en dos sesiones ofrecerá mejores perspectivas, mientras que sólo en muy especiales circunstancias, se adoptará un plan de más de dos sesiones operatorias. No puede haber duda de que una operación en dos sesiones se acompa-

na de menor shock y menores trastornos de la circulación y de la respiración, así como una menor invasión tóxica del organismo. Al lado de ésto, después del primer estadío operatorio, hay un alivio decidido y perfectamente demostrable clínicamente, que hace del paciente el riesgo mayor para el segundo estadío. En caso de duda, podremos empezar el acto operatorio con la intención de terminarlo en una sola sesión; y planeando y recorriendo nuestro camino, lo interrumpiremos en cualquier tiempo en que encontremos dificultades imprevistas. De paso no dejaremos en la ignorancia, una desventaja de la operación en varias sesiones. A veces, particularmente en pacientes con cierta tendencia a hemorragia pulmonar, se observa hemorragia de la sección superior del pulmón, después de la inmovilización toracoplástica de la parte inferior. De acuerdo con Baer y Ranke, esto se debe a la tensión anormal creada por la operación y que resulta en estasis o quizás al aumento de la cantidad de sangre en las partes colapsadas del órgano, con un efecto colateral desfavorable en la parte aún no colapsada (Brunner). En la única circunstancia en que la operación practicada en varias sesiones, parace a priori ser el procedimiento normal, es el caso de empiema y pioneumotorax, especialmente el que sobreviene después del noumotoraz terapéutico (Michelsson). Si una operación en varias sesiones debe ser practicada, debe ser completada en un período de cuatro a seis semanas, preferible más pronto, en virtud de la solidez de la cicatriz así como de la tendencia de las costillas a reformarse. Davies practica el segundo estadío en u ntérmino poco más o menos de dos semanas, Sauerbruch después de un plazo cuando menos de dos a tres semanas. Después de seis semanas, como lo asegura Brauer, es muy difícil la elevación de la escápula y la movilización de las regiones subscapular. En este caso, las formaciones huesosas extensas, requieren a veces su remoción con cincel y martillo. Un largo intérvalo entre las operaciones parciales, por la misma naturaleza de las cosas, destruye la solidez del procedimiento entero y destruye a priori su fin como es el mayor colapso posible del pulmón enfermo.

Resumiendo lo anteriormente asentado, podemos decir que la dificultad del tratamiento de la tuberculosis pulmorar por la toracoplastía, reposa principalmente en la propia selección de los casos por medio de una atención cuidadosa de las indicaciones y contraindicaciones. La función más importante del clínico es el reconocimiento de la forma anatomopatológica de la enfermedad, mientras que cae en la tarea del cirujano de tórax formular el pronóstico antes de empezar el tratamiento, basándose en los hechos clínicos y en la evaluación de la capacidad funcional de reserva del paciente. Es muy deseable, la observación cuidadosa de cada caso si es posible en una institución. Los mejores resultados se obtienen por medio de una cooperación íntima del internista experimentado, el roentgenologista y el cirujano. Y nunca operar "ut aliquid fiat", porque la consecuencia lógica y natural será un innenarrable sufrimiento por dolor y sofocación, y la muerte estará esperando a la puerta!

Mientras el dominio del neumotorax terapéutico de acuerdo con la opión que prevalece, pertenece al internista, la toracoplastía, a fin de que dé los mejores resultados obtenibles, no debe ser llevada a cabo sino por un cirujano que tenga experiencia en estos asuntos. El hecho de que muchos internistas se hayan abrogado todo el tratamiento de la tuberculosis concentrándolo en su persona, incluyendo la toracoplasía, no destruye el principio arriba enunciado. La técnica operatoria, apesar de sus dificultades, ha sido estandardizada tan bien por Brauer y Sauerbruch, que no ofrece obstáculos indominables. Puede fácilmente ser arquirida hasta la perfección por cualquier cirujano, siempre que se proponga dominarla. Como hemos mencionado arriba, la dificultad reside en la selección de los casos adecuados al procedimiendo.

De antemno aparace que el lugar donde el paciente pasa el tiempo para que se termine su estudio clínico, generalmente un sanatorio, es el lugar apropiado para la operación. Pero no todos los sanatrios están equipados para cirugía mayor. Y usualmente existe un hospital cercano donde este trabajo puede ser hecho convenientemente. Por otro lado, debemos tener en la mente que no todos los hospitales están lo suficientmente bien, en cues-

tión de las condiciones asépticas de las salas de operaciones. Este factor no debe ser despreciado. La más escrupulosa super asepsia es el requerimiento supremo, en el caso de une herida tan amplia como la que se hace para la toracoplastía. Ayudantes que habitualmente están en contacto con material infectado, han sido la causa muchas veces del fracaso operatorio. Además, el desgaste físico y mental causado por la translación antes y después de la operación, ciertamente no son una ayuda para el enfermo. Yo sentaría esta cuestión de este modo: El ideal es practicar la operación en un sanatorio bien equipado y bien dirigido con magnífica sala de operaciones, o en un hospital con buenas facilidades para una permanencia prolongada, observación y operación de los enfermos con tuberculosis pulmonar. Si un hospital, para nuestros propósitos debe funcionar en conjunción y afiliado a un sanatorio, la translación de los pacientes debe hacerse a tiempo para no trastornar su comodidad y su recuperación.

La preparación de un paciente para una operación, debe ser dividida en dos períodos: la preparación general y la inmediata. La primera incluye la produción de cierto estado mental y psíquico, con el fin de establecer una confianza ilimitada en el cirujano y en la operación. La experiencia ha mostrado que una de las maneras de evitar que los enfermos vean con animadversión y horror a esta operación, es la encamarlos entre pacientes que ya han sufrido estos actos operatorios. Los cirujanos de tórax han llegado cada día más a comprender, lo que influye esta actitud de descanso y de esperanza en el éxito de la toracoplastía.

Corriendo parejas con la preparación mental está la de la circulación. Puedo aventurar aquí una vez de atención contra el empleo rutinario de la digitalización. Ziegler, en buenos términos, piensa que esta medicación es innecesario y aún dañosa; porque se ha evidenciado que la inevitable absorción adrenalina en tales pacientes, tiene un efecto desastroso sobre el corazón después de digitalización. Por supuesto que ésto nada tiene que ver con la administración razonable de digital en los casos de descompensación cardiaca. Ziegler discutiendo estos asuntos de preparación del corazón para la toracoplastía, se pronuncia por lo benéficos que son paseos diarios, así como ejercicio bien dosificado, siempre que el paciente esté apto para llevarlos a cabo. Las afecciones bronquias serán tratadas con expectorantes, inhalaciones, etc. Para algunos pacientes unas semanas de reposo en cama puede ser útil. El funcionato regular del intestino es muy importante. Ninguna otra medida preparatoria es necesaria.

La preparación inmediata consiste en la administración de un hipnótico (veronal, bromuros, etc)., en la noche que antecede a la operación; y en la mañana la administración de una inyección de 0.015 de morfina. Esto disminuye la exitación general preparatoria y ayuda a que la expectoración se verifique sin dolor después de la operación. De acuerdo con Sauerbruch, está contraindicada la escopolamina, porque aún a dosis pequeñas dificulta la expectoración. Dos horas y a veces hasta una hora antes de la operación, las cavidades que están llenas, si es posible serán vaciadas, haciendo expectorar al paciente en la posición de quincke.

Para llevar a cabo la anestesia, el paciente será puesto inmediatamente en la posición operatoria. Quedará acostado cómodamente del lado con los muslos flexionados y la cabeza y la parte superior del tóraz elevados unos treinta grados. Los pacientes ortopneicos se operarán estando sentados en la mesa, apoayndo su pecho sobre un asistente. Con el objeto de facilitar la respiración y con el propósito de abrir los espacios intercostales, del lado que se va a operar, lo más que sea posible; se colocará una sábana formando un rollo bajo el lado sano. El brazo del lado afectado será llevado en abducción y jalado hacia adelante por un ayudante, con el objeto de hacer deslizar la escápula para separarla de la espina lo más que sea posible.

Esto facilitará el acceso más fácil y libre hacia las costillas superiores. La piel será limpiada con alcohol-éter y después pintada con tintura de ido diluída a la mitad o bien con solución de mercurocromo. El campo operatorio será limitado con comprensas estériles mantenidas por erinas. Entonces ya

EL

ULTRAGADOL

IRRADIADO
de sabor agradable

REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

LES

Etablissements Chatelain

París - FRANCE

Agentes en México:

A. RUEFF Y CIA.

Lucerna No. 7 MEXICO, D. F

EFEDRINA "NAGAI"

Reg. D. S. P. 960

El medicamento más eficaz para el tratamiento del

ASMA BRONQUIAL

y para todos los casos en que sea necesario elevar la presión sanquínea.

Administracion por vía hipodérmica y oral.

IMPORTADORES:

"COMPANIA INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

ISABEL LA CATOLICA 85 MEYICO, D. F.

Eugenio Villain

1a. Motolinía 13

Apartado 1166. México, D. F.

La Mejor Casa para Instrumentos de Cirugía, Muebles para Hospital y Consultorio.

Autoclaves y Esterilizadores Eléctricos.

Un solo Precio: EL MAS BAJO.

Una sola clase: LA MEJOR.

SEÑOR DOCTOR: Si no ha recibido usted mi catálogo No. 15, pídanoslo y a vuelta de correo lo recibirá.

AMPOLLETAS "QUINAPON"

Reg. D. S. P. 1192

PARA EL PALUDISMO, PNEUMONIA, GRIPPE, ETC.

Una combinación perfecta que aumenta por lo menos cuatro veces la acción antitérmica de la Quinina.
No produce zumbidos de oído.
Tonifica el corazón.
Es indoloro.

Cajas de 5 ampolletas de 5 c. c. y cajas de 10 ampolletas de 2 c. c.

IMPORTADORES:

"COMPAÑIA INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

ISABEL LA CATOLICA 85 MEXICO, D. F.

estamos listos para practicar la inyección del anestésico local: una: una solución isotónica, recientemente preparada, de medio por ciento de novocaína con adrenalina (dos gotas para cada 30 cc. de solución).

Mientras que todos los cirujanos están de acuerdo en que para llevar a cabo la operación, es absolutamente necesaria una anestesia satisfactoria, existe sin embargo gran discusión, sobre el método de anestesia y particularmente sobre si debe aplicarse narcosis general con o sin anestesia local. Y después de todo, cual es el anestésico general más indicado? Tenemos que escoger entre cloroformo, éter, óxido nitroso, marcileno, etileno y recientemente, anestesia rectal e intravenosa. Davies usa cloroformo y está satisfecho de los resultados. Sauerbruch frecuentemente recurre a la anestesia por el éter (16% de los casos) y no ha visto efectos perjudiciales causados por él. Berard, también emplea ocasionalmente anestesia general (Guilleminent). Ambos, sin embargo, no consideran conveniente la operación en pacientes que muestran hipersusceptibilidad a la morfina más novocaína; y para aquéllos que no soportan la anestesia en virtud de debilidad cardiaca o que tienen excesiva cantidad de esputo. Otros como Roux después del uso de anestesia general han regresado al uso de la simple anestesia local. La experiencia con narcileno ha sido que, por pocos días post-operationem, inhibe la secreción bronquial y produce una expectoración sumamente viscosa y pegajosa. Brauer perdió un caso a causa de esto. El moco viscoso ha conducido a la obstrucción de los bronquios principales en el lado sano. El etileno, dado con el nuevo tipo de aparato, promete ser un anestésico de administración más fácil y sobre todo casi inofestivo. Una revista de la literatura muestra, que aún cuando muchos cirujanos se inclinan hacia el uso sea de la anestesia local o sea de la general; los más experimentados emplean ambas (Sauerbruch, Archibald, Berard, Saugman, Brauer, Davies, Hedblom, Gravessen y otros).

A mi entender, en la discusión de la anestesia, además del factor de eficiencia, tenemos que considerar otras dos condiciones o factores: Primero, la influencia sobre el proceso de recuperación, y segundo, el estado mental del paciente. Al de las objeciones generales que se han elevado contra el uso del cloroformo, no creo que especialmente sufra objeciones en este caso particular. Por el contrario, yo lo considero más bien favorable, si se administra con propiedad. El éter en opinión de Brunner puede usarse con toda seguridad, si la cantidad de esputo no excede diariamente de 20 cc. Personalmente prefiero la anestesia ligera con gas óxido nitroso, no solamente en virtud de la seguridad de su administración, sino en virtud de que la amnesia causada por él, alimina todo al shock psíquico a que están sujetos estos pacientes, sobretodo los que muestran instabilidad emocional y los adolescentes. Aún los individuos considerados como absolutamente normales, experimentan cierto miedo cuando oyen el ruído producido al cortarse sus costillas o cuando sienten su pecho comprimido después de que las costillas han sido resecadas. Por otro lado, yo estoy muy bien dispuesto a renunciar a la anestesia general a causa de mayor seguridad, en casos de pacientes en grave estado y que muestran un buen equilibrio mental. Soy de opinión (y comparto esta posición con otros) de que en este punto no debe darse solución dura y rápida, sino que hay que pesar cuidadosamente todos los factores; para juzgar cada caso por sus méritos individuales. Nuestra experiencia con el nuevo anestésico E 107 (Vertina) y agentes intravenosos tal como el pernoctón, es todavía muy corta para llegar a una decisión final. Los resultados iniciales son sin embargo, muy alentadores. Al pasar, no podemos ignorar el hecho, de que la anestesia local puede ser la causa de infección de la herida o del mediastino, si accidentalmente la aguja penetrase en un foco pulmonar superficial. (Baer). ¡ Sauerbruch también perdió un paciente por la ruptura de un aneurisma, causada por la herida del vaso por la aguja de la anestesia. Admito que ésto es posible; pero que es algo que pasa rara vez, si se pone un poco de cuidado, o si de acuerdo con Orton el bloqueo anestésico de los nervios intercostales superiores se lleva a cabo previa exposición de las costillas. La hipersusceptibilidad a la novocaína es otro argumento (Eloesser, Bull) contra la aneste-

sia local. Esto, también es muy raro, y puede evitarse probando la susceptibilidad del paciente a esta droga, pocos días antes de la operación (Sauerbruch).

Nuestro método de elección, por lo demás, es el uso de anestesia local y regional; y si el caso lo permite, ligera anestesia general con óxido nitroso más oxígeno.

El procedimiento es como sigue: Las agujas que se usen deberán ser finas y de buena punta. La inyección de cada nervio intercostal es hecha a cuatro centímetros poco más o menos al lado de la espina. El borde inferior de cada costilla es palpado. La aguja es insertada en una dirección causal, hasta que la resistencia huesosa de la costilla es sentida. Entonces, inclinando la jeringa hacia la superficie de la piel, la punta de la aguja es empujada hacia afuera de la costilla, hacia su borde inferior, hasta que se encuentra la fascia endotoráxica, que se reconoce por la resistencia especial que ofrece. Ahora la punta de la aguja está en la vecindad del nervio intercostal. Después de que la prueba de aspirar demuestre que no se está en un vaso, se depositarán perineuralmente 5 c. c. de la solución. Una inyección bien hecha provocará la anestesia completa de la área innervada por el intercostal correspondiente, así como la anestesia de la costilla y su periosteo. Así pues, no es necesario inyectar separadamente el periosteo. La aguja se deja para que sirva de orientación y la siguiente porción superior del especio intercostal de abajo será inyectado de la misma manera, usando una segunda aguja. Después de la segunda inyección, la primera aguja es retirada y la maniobra se repite tantas veces como sea necesario para infiltrar convenientemente toda la área que se desee. Asi pues, el bloqueo anestésico completo, requerirá 60 cc. de solución (igual a 0.3 de novocaína). Muchos cirujanos inyectan a la vez todo el campo, mientras otros van inyectando por tiempos, como lo requieran las circunstancias durante la operación, asegurando que obrando de este modo se reduce considerablemente el efecto tóxico, en virtud de la absorción gradual en pequeñas fracciones de anestésico. Creo que la adición de adrenalina le quita gran fuerza a este argumento. El método puede, sin embargo, ser reservado para casos en los que el paciente se halla en precarias condiciones y el cirujano no está absolutamente seguro desde un principio, cuántas costillas debe resecar en una sola sesión. Ahora la piel es infiltrada a lo largo de la propuesta línea de incisión, requiriéndose otros 60 cc. de solución; y después de embrocar de nuevo la región con tintura de iodo diluída, el paciente estará listo para que la operación principie. El método de Ziegler, Saugmann y Archibald, que inyectan la piel y músculos antes de practicar la inyección perineural; y hasta después de haber llevado la incisión hasta las costillas, entonces practican el bloqueo intercostal, tiene de objetable que se necesita mayor cantidad de novoicaína, que mayor tiempo se lleva la operación misma, y que la anestesia no es por ningún motivo, tan segura y completa, porque el principio primordial de la anestesia local (presión suficiente), se viola. Para los que piensen en claros términos anatómicos, y que están familiarizados con la anestesia regional, el método descrito no ofrece dificultades apreciables. La combinación del bloqueo y de la anestesia local es infalible para producir tal pérdida total de sensibilidad, que la operación puede llevarse a cabo con seguridad, sin necesidad de anestesia general, si el caso lo pide.

Entre la idea original de Carson de la inmovilización del pulmón enfermo por medio del colapso, y los desarrollos técnicos modernos de la toracoplastía debidos a Brauer y Sauerbruch, casi ha transcurrido un siglo. Un gran número de métodos desarrollados por varios autores durante este tiempo se han vuelto más o menos anticuados. Aquí sólo me ocuparé de aquellos procedimientos toracoplásticos que todavía están en uso hoy día.

El propósito de la toracoplastía es el mayor colapso posible, y en un grado menor la compresión del pulmón enfermo. Esto es lo que siempre debe tenerse en la mente sin importar la forma y tomaño del tórax, o si el pulmón muestra mayor o menor tendencia a contraerse, o si queremos obliterar cavidades grandes o pequeñas. Como se ha mencionado antes, atinada y cuidadosa observación clínica y particularmente exámenes radiológicos nos habrán hecho formarnos una idea clara y

cabal de, hasta donde podemos ir en la consecución de nuestros propósitos. Consecuentemente, cada caso constituye un problema por sí solo, y a juicio del cirujano se dejará el escogimiento del mejor método mecánico que nos prometa el mejor resultado final. Por ejemplo, nos encontramos antes dos casos extremos: uno con un tórax estrecho, pequeño y contraído, con esclerosis extensa del pulmón entero y algunas pequeñas cavidades en el lobo superior; el otro con un tórax en tonel, un pulmón perfectamente sano, enfisema compensador, y una amplia cavidad del ápex. En el primer caso, una simple reseción paravertebral con resecciones más bien limitadas de costillas, bastará con toda probalidad, mientras que en el último caso debemos recurrir a una remoción extensa de esqueleto, quizá bastante lejos abajo de la escápula, con el fin dé conseguir una probabilidad de asegurar el éxito. Operaciones secundarias para la obliteración de los espacios residuales (Resthoehlen" de los alemanes), se han vuelto cada día más y raras. No puede quitarse la impresión, de que en caso de ser necesarias dichas operaciones secundarias, ello se debe a que desde un principio ha habido una falla en la exacta evaluación anatómica del caso; y ésto no debe suceder siempre. En cuanto a la elección del método, no debemos ignorar el hecho de que Wilms, del mismo modo que Sauerbruch, los autores de dos de los tres procedimientos clásicos, recurren a más extensas resección costal en el sentido de Brauer, donde quiera que el caso lo requiera.

Hoy los tres clásicas métodos de uso general son: la llamada Resección columnar de Wilms, la Toracoplastía paravertebral extra pleural de Sauerbruch; y la Toracoplastía paravertebral subescapular de Brauer.

Por clarísimos diagramas que existen en sicaoperación tipo Estlander, si es extensa, disminuye la circunferencia toráxica 5 y ½ centímetros (Gourdet). La resección columnar de Wilms la disminuye menos que la operación tipo Boiffin-Gourdet (8 centímetros) y menos también que la operación paravertebral extrapleural de Sauerbruch. El Procedimiento Quénu, sólo reduce la circunferencia toráxica 3 centímetros (Gourdet). Las Toracoplastías extrapleurales paravertebrales de Boiffin-Gourdet y la Sauerbruch, traen consigo una disminución extensa de la circunferencia del pecho (8 centímetros y más); y la Toracoplastía paravertebral subescapular de Brauer resulta en la mayor disminución de la circunferencia toráxica. (Nota del traductor).

Pero como se ha indicado anteriormente, cada caso constituye algo particular dentro de simismo, y muchas veces es necesario recurrir a la combinación de dos métodos o de los tres. No importa cual método usemos, el estado del paciente debe ser objeto de una observación ovigilancia cuidadosa durante la operación. La tensión arterial será tomada cuando menos cada 5 minutos. Una caída de la tensión del pulso de más de 10 mm. de Hg. nos hará interrumpir la operación. El procedimiento no debe durar arriba de treinta o cuando más cuarenta minutos.

I.—Resección columnar (Wilms).

El riesgo operatorio que traía consigo la resección de las costillas enteras, como lo practicaba Friedrich, condujo a Wilms en 1911 a la resección de piezas pequeñas (tres a cuatro centímetros), de la primera a la séptima o la octava, en la región del ángulo costal, seguida después de tres semanas de la remoción para-esternal de los cartílagos costales correspondientes. La bóveda intermedia que queda, desprovista de sus pilares, simplemente se hunde hacia el plano medio, con el resultado de disminuir el volumen de la mitad toráxica correspondiente. La operación tal como la planeó y practicó Wilms por algún tiempo, después de habérsele reconocido algunas ventajas, desde el punto de vista actual puede considerarse que adolece de grandes fallas. Primero, múltiples incisiones y dos operaciones distintas, eran necesarias en cada caso. Eso traía consigo un trauma mayor a pesar del hecho de que la incisión posterior en su porción más inferior, sólo penetraba únicamente hasta el plano de las costillas. En la parte superior, los músculos romboides eran despegados, las costillas resecadas después de una cuidadosa separación de sus fibras. Entonces se procedía a la remoción de las costillas con todo y periosteo. De ese modo la regeneración de ellas se prevenía, y su remoción sig-

nificaba un mayor traumatismo con frecuente lesión de los vasos y nervios intercostales, a pesar de que se pusiese el mayor cuidado en su ejecución. Además, los puentes musculares de los intercostales eran machacados. Esto, a pesar de haber sido hecho con el propósito de conseguir una anestesia post-operatoria prolongada y para facilitar la expectoración; muchas veces determinaba una lesión permanente, parestesia, atrofia, etc. Wilms en algunos casos recurría a la resección de la porción esternal de la clavícula, procedimiento innecesario y deformante y que demostró que la disminución volumétrica del pulmón, dejaba mucho que desear. Esto lo indujo después a practicar resecciones más extensas. En su última publicación de 1914, postulaba la resección de 8 a 10 cc., tratándose de las costillas superiores y de 12 a 15 cc., en tratándose de las inferiores. Además, él proponía la resección más frecuente de un mayor número de costillas, es decir, más de ocho, y abandonaba el operar sobre los cartílagos costales, considerando la elasticidad de este tejido, suficiente para permitir a los fragmentos posteriores, huesosos y duros de las costillas, seguir las fuerzas de contracción intrínseca y la comprensión del exterior. Con esto, Wilms construía las bases sobre las que Sauerbruch después, edificaba su Método de la Toracoplastía clásica para vertebral y extrapleural. Sólo queda como criticable el que Wilms no haya podido librarse por sí mismo, de dos reservas con respecto del método. Sostiene que el resultado con respecto al lóbulo superior, deja mucho que desear y que la completa compresión, sólo puede alcanzarse por neumolisis adicional, con la aplicación de un relleno; y que no era necesario practicar la resección costal en la región de la base del pulmón, en los casos de tuberculosis aislada del vértice. Con respecto a estos dos puntos, es el mérito indisputable de Sauerbruch, y especialmente de Brauer, de haber cambiado nuestros puntos de vista en favor de una operación más completa y más extensa. Esta corta revisión crítica del método de Wilms, aclara por qué el método finalmente desarrollado por él y Sauerbruch se le llama frecuentemente Toracoplastía Wilms-Sauerbruch.

II.—Toracoplastía extrapleural paravertebral. (Sauerbruch)

Esta es la operación que en su forma original o con sus modificaciones mayores o menores, se usa en todos los países por los cirujanos de mayor experiencia. La técnica de la operación se describe por Sauerbruch como sigue: (La posición del enfermo ya ha sido descrita) "El brazo es jalado hacia adelante y hacia la parte medio, dando por resultado que el borde posterior de la escópula, se separa lo más posible de la espina y de la pared toráxica posterior. La incisión, cuando se trate de una operación en una sola sesión, comienza a la altura de la quinta o sexta apófisis espinosa dorsal a una distancia aproximda de tres traveses de dedo, de la columna vertebral. Corre en una dirección caudal paralela a las apófisis espinosas; y después de incurvarse hacia adelante, a la altura de la novena costilla, termina en la línea axilar media o anterior." Jessen incurva la incisión hacia la altura de la décima costilla.

"Esta incisión curva penetra en todas las partes blandas, piel, fascias, músculos, hasta llegar al plano costal. Estos planos son retraídos por medio de retractores musculares apropiados. Los vasos que sangran serán pizados, los más pequeños sufrirán la compresión."

Se aconseja comenzar la resección por la décima costilla. Esto es seguido de la sección rápida subperiostica de la novena a la quinta costillas. Sólo entonces es cuando se reseca la undécima costilla. Todo el campo operatorio se cubre con compresas de gasa y el ayudante hará una compresión con sus manos de un modo firme. Esto es importante por que la compresión del pulmón debe soportar a cada instante las tosidas del paciente. "Si por alguna razón es de aconsejarse que la operación se interrumpa aquí, el segundo estadío será llevado a cabo más tarde.

"Solamente ahora será cuando se prolongue la incisión cutánea en dirección craneal hasta llegar al límite inferior del cuello. Esta incisión en dos tiempos hace mínima la pérdida de sangre y disminuye el shock nervioso debida a la rápida y extensa sección de los tejidos. (Continuará).

INDICACIONES:

Hinchazón, insuficiencia cardiaca en todas formas, trastornos circulatorios, angina de pecho. hipertonia escencial, Lupus vulgar, Pruritus en general, recaimiento de urticaria por causa desconocida.

De venta en frascos de 100 gramos.

NEURAMAG

Reg. Núm. 5424, D. S. P.

Util c mo analgésico,
antirreumático,
antitérmico
y sedante de la tos,
en los dolores de cabeza,
jaqueca,
dolores traumáticos
neuralgías,
dolores menstruales y reumáticos.

FORMULA

Acido acetil salecílico	0.26 Gr.
Fenacetina	0.20 „
Cafeina pura	0.025 „
Fosfato de codeína	0.01 „
Acetil salicilato de Quinina	0.004 „
Almidón de trigo	0.070 „

Auxiliar en el tratamiento de la gripa y afecciones febriles.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION Y BAJO VIGILANCIA MEDICA.

Fabricado por ALBERT MENDEL, S. A., Berlin, Alemania

Importado por:

Universal Trading Co., S. A.

Ave. Uruguay 130. Edificio Yucatán, despacho 24. MEXICO, D. F.

Vacuna

Preventiva

A-O

Curativa

Antituberculosa

Records obtenidos con A-O.

CURADOS Y ALIVIADOS:

Tuberculosis pulmonar en período inicial	96%	Tuberculosis ocular	99%
Tuberculosis pulmonar de mediana intensidad	83%	Tuberculosis de la piel	100%
Tuberculosis pulmonar en período avanzado	53%	Tuberculosis urogenital	91%
Tuberculosis glandular	92%	Tuberculosis pleural y peritoneal	86%
Tuberculosis osea y articular	82%	Aplicación profiláctica	90%
Fístula y otras	80%		

"Distribuidores: Cía. Internacional de Drogas, S. A. Isabel la Católica 85.—México, D. F.

AMYTAL-SODICO LILLY

PARA LA PREPARACION PREOPERATORIA DE CASOS QUIRURGICOS

El uso del Amytal Sódico previo a la inducción de anestesia general por inhalación, reduce al mínimo la ansiedad preoperatoria del paciente, rebaja la cantidad necesaria del anestésico por inhalación y disminuye muchísimo el malestar postoperatorio. Calma los nervios e induce el descanso y el sueño.

Amytal Sódico se presenta en cápsulas para uso oral y en ámpulas selladas para inyección hipodérmica.

D. S. P. 4054

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.